RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA

RMTC SUPPLÉMENT

Le 20 avril 2015 • Volume 41 S•3
ISSN 1481–8531

Dans ce numéro : L'immunisation à toutes les étapes de la vie

Les vaccins ne sont pas réservés qu'aux enfants. Pour souligner la Semaine nationale de promotion de la vaccination, du 25 avril au 2 mai 2015, ce supplément explore l'immunisation à toutes les étapes de la vie. Prenez connaissance de ce dossier pour accorder une attention plus soutenue aux vaccins pour adultes et découvrir les deux principales stratégies mises de l'avant pour contrer les réticences face à la vaccination. Nous vous invitons également à lire les résumés des récentes publications du Comité consultatif national de l'immunisation et nos Actualités sur les maladies infectieuses pour obtenir une mise à jour sur les récentes éclosions de rougeole qui ont entraîné un débat sur la vaccination pour tous. La **Dre Bonnie Henry est notre rédactrice invitée.**

Commentaires

Vaccins pour adultes : Le temps est venu 2
Gemmill I

Que savons-nous des mesures visant à améliorer la couverture vaccinale 6
Naus M

Mises à jour

Résumé de la mise à jour du Comité consultatif national de l'immunisation visant le calendrier d'immunisation recommandé pour le vaccin contre le virus du papillome humain 12
Ismail S, Deeks S, au nom du Comité consultatif national de l'immunisation

Résumé de la déclaration du Comité consultatif national de l'immunisation sur la revaccination au moyen du vaccin antipneumococcique polysaccharidique 23-valents 15
Quach C, au nom du Comité consultatif national de l'immunisation

Résumé de la mise à jour du Comité consultatif national de l'immunisation au sujet des vaccins quadrivalents contre le méningocoque disponibles au Canada 18
Henry B, au nom du Comité consultatif national de l'immunisation

Mises à jour apportées au Guide canadien d'immunisation: De mars 2014 à mars 2015..... 20
Gemmill I, Quach C, au nom du Comité consultatif national de l'immunisation

Actualités sur les maladies infectieuses

La récente éclosion de rougeole 23
Invitation à participer au sondage du CCNI 24

Lien utile

Immunisation Canada. **Semaine nationale de promotion de la vaccination 2015.**
http://immunize.ca/fr/default.aspx

Agence de la santé publique du Canada Public Health Agency of Canada

Canada

Vaccins pour adultes : Le temps est venu

Gemmill I[1, 2*]

[1]Président, Comité consultatif national de l'immunisation
[2]Bureau de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington, Kingston (Ontario)

*Correspondance : Ian.gemmill@kflapublichealth.ca

Résumé

Les bienfaits des vaccins pour adultes ne sont pas appréciés à leur juste valeur, en raison de toute l'attention portée sur les vaccins destinés aux enfants. Toutefois, c'est précisément en raison du succès des programmes d'immunisation des enfants que la plupart des décès attribués à des maladies pouvant être prévenues par un vaccin se produisent aujourd'hui au sein de la population adulte. Les rappels du vaccin antitétanique contribuent à maintenir de faibles taux de tétanos au Canada et les rappels du vaccin contre la coqueluche sont maintenant offerts aux adultes. Le vaccin contre le virus du papillome humain peut être indiqué chez certains adultes plus âgés. Le vaccin contre l'hépatite A et l'hépatite B peut également être indiqué en cas de risque lié à la profession, aux voyages ou au style de vie. Les vaccins contre les infections à pneumocoque ou l'herpès zoster sont recommandés aux personnes âgées de 65 ans et plus et tous les adultes profitent des bienfaits associés à la vaccination annuelle contre l'influenza. Une approche systématique d'immunisation des adultes contribuerait à s'assurer que tous ceux qui sont admissibles à des vaccins particuliers pourraient s'en prévaloir. Cette approche comprendrait la promotion de l'immunisation de routine comme élément fondamental de toute rencontre avec le patient et l'utilisation d'outils, tels qu'un questionnaire sur l'immunisation des adultes et un carnet d'immunisation des adultes de format portefeuille. En investissant dans de telles stratégies, les adultes pourraient jouir d'une bien meilleure santé.

Introduction

Les vaccins ont énormément amélioré la vie des enfants, en réduisant la morbidité et la mortalité découlant des infections infantiles. Dire qu'avant l'introduction d'un vaccin sûr et efficace, on comptait des dizaines de milliers de cas, lors des épidémies de rougeole, alors qu'aujourd'hui, une poignée de cas dans la plus grande ville canadienne est considérée comme une éclosion importante. La santé des enfants a énormément profité de la mise au point de vaccins sûrs et efficaces.

Cependant, dans cette merveilleuse histoire, les bienfaits des vaccins pour adultes sont sous-estimés. L'immunisation a profité à de nombreuses personnes et amélioré la santé des adultes. Sans être surévaluée, cette importante ressource pour la santé des adultes doit être sans cesse répétée, de très nombreux adultes ne considérant pas la vaccination comme faisant partie des soins à accorder à leur santé ou ne percevant pas toute sa valeur. L'objectif de cet article est de passer en revue les bienfaits des différents vaccins pour adultes et d'examiner de quelle façon ils pourraient faire l'objet d'une promotion encore plus efficace.

Le bien-fondé des vaccins pour adultes

Plusieurs raisons justifient l'immunisation des adultes. D'abord, une fois leur scolarité terminée, ils semblent oublier la vaccination systématique, mais de nombreux avantages découlent du fait d'assurer l'administration de vaccins à toutes les étapes de la vie. Au Canada, nous avons la chance de pouvoir compter sur un vaccin sûr et efficace qui fait en sorte que les cas de tétanos y sont très rares, alors qu'ailleurs dans le monde, cette maladie affecte encore des milliers de personnes (1). Si cette immunisation n'est plus sur l'écran radar des gens et de leurs fournisseurs de soins de santé, ces bienfaits diminueront avec le temps. Il existe déjà des preuves que, parmi les adultes, la protection sérologique connaît un recul au Canada (2). Le vaccin contre la coqueluche fait partie des immunisations de routine chez les enfants, mais, il y a une dizaine d'années, un vaccin sûr et efficace

a également été mis au point pour les adultes. Il faut toutefois reconnaître qu'amener les gens et les professionnels de la santé à penser au vaccin contre la coqueluche est une autre histoire. Ce vaccin prévient l'apparition de la maladie chez les adultes et son utilisation chez certaines personnes, comme les femmes enceintes, s'est avérée prometteuse, en réduisant la prévalence de la coqueluche chez les plus vulnérables, à savoir les enfants en bas âge (3).

Ensuite, certains vaccins sont recommandés pour les adultes qui présentent des facteurs de risque associés à certaines infections. Par exemple, chaque année, 1 500 cas de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués et 400 femmes meurent d'un cancer qu'il est maintenant possible de prévenir. Le vaccin contre le papillomavirus humain (VPH), principale cause du cancer du col de l'utérus, a été approuvé non seulement pour les adolescentes, mais aussi pour les femmes adultes et les hommes de 26 ans et moins. Ce vaccin permet de prévenir 70 % ou plus des cas de cancer du col de l'utérus, plusieurs autres cancers de la région anogénitale et peut même empêcher l'apparition de cancers de la tête et du cou (4). L'homologation et l'administration de ce vaccin nonavalent à grande échelle, associées au dépistage approprié du cancer du col de l'utérus, auraient le potentiel d'éliminer cette importante menace pour la santé des femmes. D'autres vaccins, comme l'immunisation contre l'hépatite A (VHA) et l'hépatite B (VHB), réduisent ou éliminent les risques d'infection liés à la profession, aux voyages ou au style de vie.

Certains vaccins sont destinés exclusivement aux adultes. Le vaccin contre le zona fournit une protection individuelle contre la récurrence douloureuse et débilitante de l'herpès zoster. Jusqu'à récemment, le vaccin contre l'influenza n'était pratiquement recommandé qu'aux adultes, afin de prévenir les hospitalisations et les décès dus à la grippe chez les personnes âgées et celles dont la santé est compromise. Son utilisation s'étend désormais plus largement, prévenant une maladie qui peut s'avérer grave chez les femmes enceintes et certains enfants et très désagréable chez les adultes par ailleurs en bonne santé. Depuis plusieurs années, le vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque est recommandé à toutes les personnes âgées afin de les protéger des 23 souches de cette affection potentiellement mortelle. Un vaccin conjugué permet aux adultes à haut risque de bénéficier d'une meilleure protection contre 13 souches.

Malgré d'importants bienfaits pour la santé, les vaccins ne font pas partie des priorités des patients et des professionnels de la santé (5, 6). D'autres préoccupations revêtent, à juste titre, une grande importance, en matière de santé à l'âge adulte : s'alimenter sainement, avoir une vie active, maintenir un poids idéal et prévenir le diabète et l'hypertension. En raison du succès des programmes d'immunisation des enfants, la plupart des décès attribués à des maladies pouvant être prévenues par un vaccin se produisent aujourd'hui au sein de la population adulte (7). L'immunisation des adultes mérite qu'on lui accorde une plus grande priorité. Elle devrait faire partie des préoccupations des professionnels de la santé lors des rencontres avec leurs patients et, à titre de prestataires de services de santé, nous devrions aider nos patients à mieux comprendre la valeur que peut représenter l'immunisation pour leur santé et les mobiliser comme partenaires dans l'optimisation de ses bienfaits. Parce que les vaccins sont systématiquement offerts à tous les enfants, la prévention de maladies a été couronnée d'un immense succès. Mais l'immunisation des adultes, pour sa part, a souvent été ciblée, entraînant un succès moins éclatant. Par exemple, lorsque le programme de vaccination contre l'influenza est devenu universel en Ontario, en 2000, certains patients pour qui le vaccin était médicalement indiqué se sont finalement présentés pour être inoculés – pas parce que le vaccin leur était médicalement recommandé, mais parce qu'il était maintenant offert sans frais à tous les résidents de la province.

Promotion des vaccins pour adultes

Comment peut-on faire de l'immunisation une plus grande priorité dans les programmes de santé des adultes? Première, il faut en reconnaître les bienfaits, tant pour les patients que pour le système de santé. Par exemple, depuis plusieurs années, l'immunisation à l'aide du vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque est considérée comme une mesure rentable pour les personnes de plus de 65 ans (8, 9, 10). Le vaccin contre le zona peut non seulement réduire la souffrance, mais aussi les soins de santé (11). Une approche systématique d'immunisation des adultes contribuerait à s'assurer que tous ceux qui sont admissibles à des vaccins particuliers puissent s'en prévaloir. La première stratégie consiste à changer notre façon de penser au sujet des vaccins pour adultes, de sorte que l'immunisation de routine soit un élément fondamental de chaque rencontre, au même titre que la vaccination des enfants. En effet, ne pas parler d'immunisation lors des visites d'un enfant bien portant serait perçu comme une lacune dans la pratique professionnelle. Pourtant, personne ne critique un médecin qui

ne s'informe pas de l'état d'immunisation d'un adulte lors d'une visite épisodique, encore moins lors d'un examen de routine.

La promotion de cette portion importante des soins primaires est essentielle si on veut s'assurer que l'immunisation jouit d'une portée universelle et qu'on profite de ses bienfaits.

La deuxième initiative vise à soutenir les prestataires de soins de santé primaires en leur offrant des outils qui leur permettront d'identifier et d'évaluer de façon ciblée les patients qui pourraient être admissibles à une immunisation, afin de s'assurer qu'ils tirent pleinement profit de ces vaccins. Cette stratégie mettrait l'accent, dans un premier temps, sur la détermination de l'admissibilité, en posant les bonnes questions à chaque patient et, deuxièmement, en évaluant l'admissibilité spécifique dans le cadre d'un programme de vaccination ciblée. Cette approche suppose une connaissance des différents vaccins auxquels le patient pourrait être admissible et la capacité de déterminer plus précisément ceux qui sont indiqués. Des outils offrant une information facilement accessible sur le calendrier de routine et à risque élevé (RÉ) pour les adultes (12) et le calendrier de rattrapage pour les adultes sans carnet ou antécédent d'immunisation précisément défini (13) par province et territoire est mise à votre disposition par l'Agence de santé publique du Canada et les ministères de la Santé. Ils doivent être consultés systématiquement.

Des stratégies particulières peuvent aider les prestataires de soins de santé primaires. Par exemple, des procédures s'appliquant à chaque visite des patients pourraient être instaurées dans tous les établissements de soins primaires et comprendre une évaluation de l'état d'immunisation, facilitée au moyen de rappels estampillés dans la fiche des patients ou de rappels automatiques dans les dossiers médicaux électroniques. La tenue des dossiers des patients adultes peut, par ailleurs, être simplifiée, en les intégrant au registre d'immunisation de chaque province et en adoptant des mesures visant à permettre à chaque bureau de soins de santé primaires d'avoir accès à la base de données à distance. Les adultes qui ont fait l'objet d'une évaluation de leur état vaccinal et d'une mise à jour, en recevant les vaccins recommandés, devraient systématiquement obtenir les documents concernant leur immunisation. De nombreux outils, tels que la Fiche de vaccination de l'adulte, proposée par Immunisation Canada, sont déjà prêts et mis à la disposition des prestataires de soins de santé primaires (14). Ces outils comportent également l'avantage d'amener les patients à prendre une part plus active dans leur propre programme de soins et à en savoir plus sur leurs besoins et leur statut en matière de vaccination. Le questionnaire sur la vaccination des adultes d'Immunisation Canada, que les patients remplissent à chaque rendez-vous prévu, améliore la documentation sur le patient et la sensibilisation de celui-ci sur son propre état vaccinal.

Autre élément très important pour amener les adultes à s'approprier la responsabilité de leur immunisation : une grande importance accordée à la communication avec les patients. Prendre le temps d'expliquer clairement la valeur de l'immunisation – ainsi que les risques et les bienfaits associés aux différents vaccins – peut contribuer à améliorer la prise vaccinale. Une rémunération appropriée des médecins doit être mise en place pour assurer leur engagement et la réalisation de ce que nous savons tous au sujet du rôle des médecins dans l'amélioration des taux d'immunisation : une communication efficace avec les prestataires de soins de santé primaires influe grandement sur les décisions des gens sur le fait de procéder ou non à leur immunisation (5).

Conclusion

L'immunisation des adultes est une portion négligée des programmes de vaccination et des soins de santé des adultes. Adoptons une vision partagée d'un programme complet d'immunisation des adultes, un programme au sein duquel : on accorde à la vaccination des adultes l'importance que lui confèrent d'autres initiatives de prévention; on donne la priorité à de nouveaux vaccins efficaces pour les adultes, au même titre que les vaccins pour les enfants; on permet que des vaccins sûrs et efficaces, recommandés aux adultes, soient disponibles dans les provinces et territoires; on met en place une excellente promotion des vaccins pour adultes et, enfin, on s'assure que les efforts se traduisent par une prise vaccinale optimale et une vaste immunisation des adultes, comprenant les rappels nécessaires et les nouveaux vaccins. Avec une approche et des investissements adéquats, la santé des adultes peut être grandement améliorée, grâce à l'attention portée à leur immunisation, exactement comme nous l'avons déjà fait en ce qui concerne la santé des enfants.

Conflit d'intérêts

Aucun

Financement

Aucun

Références

(1) World Health Organization (WHO). Vaccine-Preventable Disease Monitoring System, 2014 Global Summary. Global and regional immunization profile. http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/gs_gloprofile.pdf

(2) Public Health Agency of Canada. Vaccine coverage amongst adult Canadians: Results from the 2012 adult National Immunization Coverage (aNIC) Survey. 2014 Apr 10. http://www.phac-aspc.gc.ca/im/nics-enva/vcac-cvac-eng.php (disponible en français: http://www.phac-aspc.gc.ca/im/nics-enva/vcac-cvac-fra.php).

(3) Healy CM, Baker CJ. Infant pertussis: What to do next? Clinical Infectious Diseases. 2012;54(3):328–30.
National Advisory Committee on Immunization (NACI). Update on Human Papillomavirus (HPV) Vaccines: An Advisory Committee Statement (ACS). CCDR. 2012 Jan;38 ACS-1 (disponible en en français: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/12vol38/acs-dcc-1/index-fra.php).

(4) Johnson DR, Nichol KL, Lipczynski K. Barriers to adult immunization. Am J Med. 2008 Jul;121(7) Suppl 2:S28–35.

(5) Szilagyi PG, Shone LP, Barth R, Kouides RW, Long C, Humiston SG, Jennings J, Bennett NM. Physician practices and attitudes regarding adult immunizations. Preventive Medicine. 2005 Feb;40(2):152–61.

(6) Parkins MD, McNeil SA, Laupland KB. Routine immunization of adults in Canada: Review of the epidemiology of vaccine-preventable diseases and current recommendations for primary prevention. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2009 Fall;20(3):e81–90.

(7) Patrick KM, Woolley FR. A cost-benefit analysis of immunization for pneumococcal pneumonia. JAMA. 1981;245(5):473–7.

(8) Mangtani P, Roberts JA, Hall AJ, Cutts FT. An economic analysis of a pneumococcal vaccine programme in people aged over 64 years in a developed country setting. Int J Epidemiol. 2005 Jun;34(3):565–74. Epub 2005 Mar 11.

(9) Castañeda-Orjuela C, Alvis-Guzmán N, Paternina AJ, De la Hoz-Restrepo F. Cost-effectiveness of the introduction of the pneumococcal polysaccharide vaccine in elderly Colombian population. Vaccine. 2011 Oct 13;29(44):7644–50. Epub 2011 Aug 18.

(10) Najafzadeh M, Marra CA, Galanis E, Patrick DM. Cost effectiveness of herpes zoster vaccine in Canada. Pharmacoeconomics. 2009;27(12):991–1004.

(11) Public Health Agency of Canada. Publicly-Funded Immunization Programs in the Provinces and Territories of Canada: Routine and High Risk (HR) Schedule for Adults). 2014 Sep 24. http://www.phac-aspc.gc.ca/im/ptimprog-progimpt/table-3-eng.php (disponible en français: http://www.phac-aspc.gc.ca/im/ptimprog-progimpt/table-3-fra.php).

(12) Public Health Agency of Canada. Publicly-Funded Immunization Programs in the Provinces and Territories of Canada: Catch-Up Schedule for Adults with No Record or Unclear History of Immunization 2014 Sep 24. http://www.phac-aspc.gc.ca/im/ptimprog-progimpt/table-6-eng.php (disponible en français: http://www.phac-aspc.gc.ca/im/ptimprog-progimpt/table-6-fra.php).

(13) Immunization Canada. Adult Immunization Record. 2012 May. http://resources.cpha.ca/immunize.ca/data/0104e.pdf

(14) Dubey V, Mathew R, Iglar K, Moineddin R, Glazier R. Improving preventive service delivery at adult complete health check-ups: The Preventive health Evidence-based Recommendation Form (PERFORM) cluster randomized controlled trial. BMC Family Practice. 2006;7:44.

Que savons-nous des mesures visant à améliorer la couverture vaccinale?

Naus M[1*]

[1]Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique et École de la santé publique et des populations, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique)

*Correspondance : monika.naus@bccdc.ca

Résumé

Au cours des cent dernières années, un nombre de plus en plus élevé de vaccins ont été mis sur le marché canadien et, pourtant, leur utilisation optimale dépend de la demande du public et de son acceptation de ces produits. Dans les années 1990, la recherche portait plus particulièrement sur les principaux obstacles à la prise vaccinale, soulignant l'importance de ces barrières à l'accessibilité et des « occasions de vaccination ratées ». Au XXIe siècle, l'accent porte sur la réticence affichée à l'égard de la vaccination, laquelle est influencée par des facteurs tels que la complaisance, la commodité et la confiance. Ce phénomène n'est pas nouveau, mais certains de ses vecteurs le sont, y compris un calendrier d'immunisation de plus en plus chargé, des préoccupations de société de plus en plus grandes, concernant les risques par rapport aux bienfaits, et une hausse du consumérisme en matière de santé. Comprendre et aborder la réticence face aux vaccins sont des éléments essentiels si on veut éviter de compromettre le succès de la vaccination dans l'avenir. Si des recherches plus poussées s'imposent, tant des ressources visant à favoriser le dialogue entre les praticiens et des parents hésitants que des mesures visant à faire face à la réticence de la population et de la société en matière de vaccination sont nécessaires.

Introduction

La décision parentale de ne pas faire vacciner les enfants est considérée comme un obstacle croissant à la réussite des programmes d'immunisation au Canada. À la suite de l'élimination de la rougeole et de la rubéole au Canada (1) sont apparues les difficultés liées à l'introduction du vaccin contre le VPH (2), le dossier très peu flatteur sur les taux de couverture vaccinale au Canada préparé par l'UNICEF (3), une surveillance provinciale indiquant une tendance croissante du refus de la vaccination (4) et la réapparition de la rougeole (5). Tous ces éléments ont permis de faire la lumière sur le fait que la réticence face à la vaccination contribue grandement aux taux que nous connaissons en matière de prise vaccinale. Ce phénomène n'est pas nouveau, mais certains de ses vecteurs le sont, y compris un calendrier d'immunisation de plus en plus chargé, des préoccupations de société de plus en plus grandes concernant les risques par rapport aux bienfaits, et une hausse du consumérisme en matière de santé. Comprendre et aborder la réticence face aux vaccins sont des éléments essentiels si on veut éviter de compromettre le succès de la vaccination dans l'avenir. L'objectif de cet article est de résumer la littérature disponible sur les stratégies visant à contrer la réticence face à la vaccination dans un effort d'amélioration de la confiance du public et, conséquemment, de l'acceptation du vaccin.

Au cours des cent dernières années, les scientifiques et les universitaires, l'industrie du vaccin et les organismes de réglementation ont mis sur le marché canadien tout un éventail de vaccins pour la prévention primaire de maladies graves. Depuis les années 1960, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a formulé des recommandations sur leur utilisation (6). Les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux ont adopté ces recommandations dans le cadre de leurs programmes d'immunisation financés par les deniers publics. Par conséquent, le principal objectif des programmes d'immunisation, en matière de santé publique, est d'atteindre de hauts niveaux de prise vaccinale au sein de la population afin de maximiser les bienfaits de cette mesure de prévention (7).

Dans les années 1990, les importantes éclosions de rougeole précédant l'introduction d'une deuxième dose de vaccin dans le programme d'immunisation de routine des enfants ont mené à des travaux de recherche sur les obstacles à la prise vaccinale. Provenant essentiellement des États-Unis, ces études formaient un ensemble de

travaux sur l'importance des occasions ratées, en matière de vaccination. En effet, il a été démontré que la sous-vaccination des enfants ayant consulté un médecin qui avait négligé de profiter de cette visite pour offrir le vaccin était l'une des principales causes de ces éclosions. Des recommandations visant à améliorer les interventions des prestataires de soins de santé ont été mises au point et plusieurs examens systématiques ont été effectués au Canada et États-Unis afin de contribuer à l'intégration de stratégies dont l'efficacité avait été éprouvée, dans les directives de prestation de services (8, 9, 10, 11). Ces stratégies ont été bien résumées par le Groupe de travail sur les services de prévention communautaires et comprennent des systèmes de rappel, des exigences en matière de vaccination, ainsi que des programmes pour les garderies, les écoles et les collèges, des visites à domicile, des systèmes d'information sur l'immunisation, des incitatifs pour les patients et les familles et l'évaluation et la rétroaction du prestataire de soins (12). Plus récemment, des techniques de réduction de la douleur fondées sur des données factuelles ont été intégrées aux lignes directrices en matière de pratique de l'immunisation afin de réduire les raisons pour lesquelles les gens choisissent de ne pas être inoculés (13).

Analyse

La littérature portant sur les facteurs parentaux associés à la prise vaccinale contient plusieurs études sur les connaissances, les attitudes et les comportements à l'égard de la vaccination; en outre, on a tenté de définir les caractéristiques des personnes et des populations qui s'opposent à la vaccination (14). Les termes « réticence face à la vaccination » sont entrés dans l'usage pour décrire les attitudes et les croyances qui pourraient interférer avec l'acception d'un vaccin ou plus, y compris les demandes des parents concernant la possibilité de mettre en place un calendrier de vaccination différent. La réticence face à la vaccination est associée à tout un éventail de comportements liés à la prise vaccinale, qu'il s'agisse de l'acceptation du vaccin malgré les doutes, la vaccination sélective, la vaccination retardée et le refus catégorique de se faire vacciner. Le Groupe consultatif stratégique d'experts (GCSE) sur l'immunisation a défini la réticence comme étant : « [...] un délai dans l'acceptation ou le refus du vaccin, malgré la disponibilité des services de vaccination. La réticence face à la vaccination est complexe et son contexte, spécifique, variant selon le moment, l'endroit et les vaccins. Elle est influencée par des facteurs tels que la complaisance, la commodité et la confiance» (15).

La réticence face à la vaccination est reconnue comme un problème mondial qui a incité l'Organisation mondiale de la Santé à favoriser l'adoption d'une approche mieux organisée, pour contrer ce phénomène (16,17). La réticence est étroitement liée à la confiance du public à l'égard des vaccins, laquelle n'est pas seulement due à des enjeux de nature scientifique, mais également à des facteurs psychologiques, au milieu socioculturel, aux inclinaisons philosophiques, comme la préférence pour les solutions « naturelles », et aux questions religieuses et politiques, y compris la méfiance à l'égard des gouvernements et de l'industrie pharmaceutique. Si la mise en place d'un nouveau programme d'immunisation a toujours soulevé des préoccupations liées au contexte scientifique de la recherche sur le vaccin et aux infrastructures pour l'administrer, une attention insuffisante a été portée sur les différents facteurs qui influencent l'acceptation des différents vaccins au sein de la population (18).

Plusieurs examens de la littérature portant sur la réticence face à la vaccination ont été publiés et un rapport soulignant l'importance d'une stratégie axée sur des éléments probants a été dévoilé par le GCSE, à la suite de sa réunion du mois d'octobre 2014 (15, 19, 20, 21, 22). Si la littérature présente un ensemble hétérogène d'approches, de populations et de résultats, le GCSE soutient la mise en œuvre d'interventions à plusieurs volets, mais bien intégrées, qui comprennent les médias de masse, la mobilisation sociale à différents niveaux et des interventions axées sur le dialogue, en plus de l'application des stratégies efficaces identifiées antérieurement (par ex., les rappels). Le GCSE a également conclu qu'il faut mettre de l'avant des recherches plus poussées, ayant un caractère formatif et conçues pour recueillir des preuves plutôt que de tester les présomptions.

Stratégies à l'intention des praticiens

Des ressources ont été mises à la disposition des praticiens pour les aider à amorcer le dialogue difficile avec les parents réticents. La présentation de preuves contribue à lancer la discussion à l'aide d'une déclaration présumant que l'enfant sera immunisé (une approche favorisant l'adhésion), laquelle reconnaît que les parents perçoivent cette décision comme étant complexe et émotive. À partir d'observations sur l'« architecture de choix », dans de telles situations, les êtres humains choisiront une décision qui a déjà été prise par la majorité (23). Selon les lignes directrices disponibles, il est recommandé d'écouter le point de vue et les préoccupations

des parents sans porter de jugement, et on insiste sur l'importance d'établir la confiance. Les entrevues motivationnelles, effectuées à l'aide de questions ouvertes et en adoptant un style bienveillant, sont recommandées pour connaître les motivations des parents, déterminer s'ils sont ouverts au changement et établir leur position parmi les cinq étapes du modèle transthéorique de changement (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien) (24).

Les lignes directrices en matière de pratique clinique élaborées par des experts indiquent que le dialogue devrait également permettre de répondre à des préoccupations sur de l'information que les parents auraient lue ou entendue (25, 26, 27). La littérature suggère que l'information écrite sur la vaccination et le fait de réfuter les conceptions erronées peuvent renforcer les convictions des parents les plus farouchement opposés à la vaccination (28). Les preuves soulignent l'importance de mettre en valeur les bienfaits de la vaccination pour l'enfant, au lieu de parler des avantages pour la société dans son ensemble (29). Des exemples d'histoires sur des cas de maladies qu'on peut prévenir à l'aide de la vaccination peuvent s'avérer plus utiles que le fait d'énumérer des statistiques, mais il est important de définir la terminologie numérique utilisée (par exemple « courant » ou « rare ») pour décrire le risque de maladies et leurs complications, ainsi que la fréquence des événements défavorables.

La rencontre est plus efficace lorsque l'information fournie aux parents correspond à leurs préoccupations. Les prestataires de soins de santé devraient être bien informés afin de répondre aux questions des parents. La recherche démontre en effet que des réponses vagues ne favorisent pas l'établissement de la confiance. Une excellente série d'articles est offerte dans *Pédiatriques* (30, 31, 32, 33). Les prestataires de services devraient s'efforcer de ne pas trop « vendre » l'immunisation, de souligner les attentes et la gestion des inconvénients les plus courants, y compris les réactions au lieu de l'injection et la fièvre chez les nourrissons et les jeunes enfants, d'aborder la crainte des parents relativement à la douleur associée aux vaccins injectables et d'offrir des moyens de la réduire (13). Le prestataire devrait formuler des recommandations claires, puisqu'il a été constaté à maintes reprises qu'elles sont étroitement liées à l'acceptation de la vaccination par les parents. La plupart de ces renseignements ont été résumés au sein de ressources disponibles en ligne et peuvent être facilement accessibles et remis aux parents (34, 35, 36).

Stratégies du programme

À plus large échelle, des stratégies valent la peine d'être explorées. Elles comprennent le recours à des personnes qualifiées ainsi qu'à séances de groupe avec les parents, avant le début de la vaccination (37), et une réponse en temps opportun des autorités en santé publique, lors de rapports négatifs dans les médias ou de travaux scientifiques bâclés (38,39). La mobilisation d'un plus grand nombre de personnes dans la défense de la vaccination est une stratégie émergente prometteuse qui devra être évaluée (40,41).

Conclusion

Malgré le fait que les vaccins occupent la deuxième place après l'eau potable en matière de stratégies visant à sauver des vies sur la planète, il n'y a pas de recette magique pour favoriser leur acceptation (42). Pour assurer le succès continu de ces programmes, il est important de concentrer notre attention sur les préoccupations de la population, de la collectivité et des individus, afin de mieux comprendre où elles se situent dans le continuum de l'acception au rejet. Cette réponse et les approches à plusieurs volets conçues pour des communautés et des vaccins en particulier sont essentielles si on veut améliorer l'accueil réservé par le public à ces vaccins et arriver non seulement à améliorer la prise vaccinale, mais à assurer une plus grande confiance.

Remerciements

J'aimerais remercier tous les collègues des domaines de la santé et de la pédiatrie pour leur engagement dans la prestation de programmes d'immunisation de qualité.

Conflit d'intérêts

Aucun

Financement

Aucun

Références

(1) Public Health Agency of Canada. Elimination of Measles, Rubella and Congenital Rubella Syndrome in Canada: Documentation and Verification Report. Executive Summary. 2013 Apr 4. http://www.phac-aspc.gc.ca/im/vpd-mev/measles-rougeole-mrer-eng.php (disponible en français: http://www.phac-aspc.gc.ca/im/vpd-mev/measles-rougeole-mg-fra.php).

(2) Ogilvie G, Anderson M, Marra F, McNeil S, Pielak K, Dawar M, McIvor M, Ehlen T, Dobson S, Money D, Patrick DM, Naus M. A population-based evaluation of a publicly funded, school-based HPV vaccine program in British Columbia, Canada: Parental factors associated with HPV vaccine receipt. PLoS Med. 2010 May 4;7(5):e1000270.

(3) UNICEF Office of Research. Child well-being in rich countries: A comparative overview. Innocenti Report Card 11. Florence: UNICEF Office of Research; 2013. http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_eng.pdf

(4) Canadian Immunization Conference 2014. Speaker Presentations. Programs Panel Session 1. Tuesday December 2, 11:00 am, Room 210. Immunization Coverage in Canada. Presentations by Samara David (British Columbia) and Sarah Wilson (Ontario). http://cic2014.isiglobal.ca/calendar/1

(5) Public Health Agency of Canada (PHAC). The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada 2013: Infectious Disease—The Never-ending Threat. Ottawa: PHAC; 2013. Page 9. http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2013/assets/pdf/2013-eng.pdf (disponible en français: http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2013/assets/pdf/2013-fra.pdf).

(6) Public Health Agency of Canada. Canadian Immunization Guide. 2014 Apr 23. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-eng.php (disponible en français: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php).

(7) Public Health Agency of Canada. Immunization Coverage in Canada (2002 to 2012). 2015 Jan 30. http://www.phac-aspc.gc.ca/im/nics-enva/icc-cvc-eng.php (disponible en français: http://www.phac-aspc.gc.ca/im/nics-enva/icc-cvc-fra.php).

(8) Gyorkos TW, Tannenbaum TN, Abrahamowicz M, Bédard L, Carsley J, Franco ED, Delage G, Miller MA, Lamping DL, Grover SA. Evaluation of the effectiveness of immunization delivery methods. Can J Public Health. 1994 Jul–Aug;85 Suppl 1:S14–30.

(9) Tannenbaum TN, Gyorkos TW, Abrahamowicz M, Bédard L, Carsley J, Franco ED, Delage G, Miller MA, Lamping DL, Grover SA. Immunization delivery methods: Practice recommendations. Can J Public Health. 1994 Jul–Aug;85 Suppl 1:S37–4.

(10) Briss PA, Rodewald LE, Hinman AR, Shefer AM, Strikas RA, Bernier RR, Carande-Kulis VG, Yusuf HR, Ndiaye SM, Williams SM. Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. The Task Force on Community Preventive Services. Am J Prev Med. 2000 Jan;18(1 Suppl):97–140.

(11) Task Force on Community Preventive Services. Recommendations Regarding Interventions to Improve Vaccination Coverage in Children, Adolescents, and Adults. Am J Prev Med. 2000;18(1S):92–6.

(12) Community Preventive Services Task Force. Topic: Vaccination—Increasing Appropriate Vaccination. Community Guide Branch. Division of Public Health Information Dissemination. Center for Surveillance, Epidemiology and Laboratory Services. Office of Public Health Scientific Services. Centers for Disease Control and Prevention. 2015 Feb 13. http://www.thecommunityguide.org/vaccines/index.html

(13) Taddio A, Appleton M, Bortolussi R, Chambers C, Dubey V, Halperin S, Hanrahan A, Ipp M, Lockett D, MacDonald N, Midmer D, Mousmanis P, Palda V, Pielak K, Riddell RP, Rieder M, Scott J, Shah V. Reducing the pain of childhood vaccination: An evidence-based clinical practice guideline. CMAJ. 2010 Dec14;182(18):E843–55.

(14) Jacobson RM, Targonski PV, Poland GA. A taxonomy of reasoning flaws in the anti-vaccine movement. Vaccine. 2007 Apr 20;25(16):3146–52.

(15) Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. 2014 Nov 12. http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/SAGE_working_group_revised_report_vaccine_hesitancy.pdf?ua=1

(16) Streefland P, Chowdhury AM, Ramos-Jimenez P. Patterns of vaccination acceptance. Soc Sci Med. 1999 Dec;49(12):1705–16.

(17) Dubé E, Gagnon D, Nickels E, Jeram S, Schuster M. Mapping vaccine hesitancy—Country-specific characteristics of a global phenomenon. Vaccine. 2014 Nov 20;32(49):6649–54.

(18) Larson HJ, Cooper LZ, Eskola J, Katz SL, Ratzan S. Addressing the vaccine confidence gap. Lancet. 2011 Aug 6;378(9790):526–35.

(19) Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger J. Vaccine hesitancy: An overview. Hum Vaccin Immunother. 2013 Aug;9(8):1763–73.

(20) Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DM, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012. Vaccine. 2014 Apr 17;32(19):2150–9.

(21) Gowda C, Dempsey AF. The rise (and fall?) of parental vaccine hesitancy. Hum Vaccin Immunother. 2013 Aug;9(8):1755–62.

(22) Sadaf A, Richards JL, Glanz J, Salmon DA, Omer SB. A systematic review of interventions for reducing parental vaccine refusal and vaccine hesitancy. Vaccine. 2013 Sep 13;31(40):4293–304.

(23) Opel DJ, Omer SB. Measles, mandates, and making vaccination the default option. JAMA Pediatr. 2015 Feb 11. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.0291. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 25671505.

(24) Leask J, Kinnersley P, Jackson C, Cheater F, Bedford H, Rowles G. Communicating with parents about vaccination: A framework for health professionals. BMC Pediatr. 2012 Sep 21;12:154.

(25) Halperin S. How to manage parents unsure about immunization. Canadian Journal of CME. 2000 Jan:62–75. www.path.org/vaccineresources/details.php?i=152

(26) MacDonald NE, Finlay JC, Canadian Paediatric Society Infectious Diseases and Immunization Committee. Working with vaccine-hesitant parents. Paediatr Child Health. 2013;18(5):265–7. http://www.cps.ca/documents/position/working-with-vaccine-hesitant-parents

(27) Healy CM, Pickering LK. How to communicate with vaccine-hesitant parents. Pediatrics. 2011 May;127 Suppl 1:S127–33.

(28) Nyhan B, Reifler J, Richey S, Freed GL. Effective messages in vaccine promotion: A randomized trial. Pediatrics. 2014 Apr;133(4):e835–42.

(29) Hendrix KS, Finnell SM, Zimet GD, Sturm LA, Lane KA, Downs SM. Vaccine message framing and parents' intent to immunize their infants for MMR. Pediatrics. 2014 Sep;134(3):e675–83.

(30) Offit PA, Moser CA. The problem with Dr Bob's alternative vaccine schedule. Pediatrics. 2009 Jan;123(1):e164–9.

(31) Offit PA, Jew RK. Addressing parents' concerns: Do vaccines contain harmful preservatives, adjuvants, additives, or residuals? Pediatrics. 2003 Dec;112(6 Pt 1):1394–7.

(32) Offit PA, Hackett CJ. Addressing parents' concerns: Do vaccines cause allergic or autoimmune diseases? Pediatrics. 2003 Mar;111(3):653–9.

(33) Offit PA, Quarles J, Gerber MA, Hackett CJ, Marcuse EK, Kollman TR, Gellin BG, Landry S. Addressing parents' concerns: Do multiple vaccines overwhelm or weaken the infant's immune system? Pediatrics. 2002 Jan;109(1):124–9.

(34) Derban A, Harper J, Jiwa S, et al. ImmunizeBC. Quick Reference: Immunization Communication Tool for Immunizers. 2013. http://www.immunizebc.ca/sites/default/files/docs/ict_final.pdf

(35) Centers for Disease Control and Prevention, American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics. Provider Resources for Vaccine Conversations with Parents. 2014 Dec 17. http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/patient-ed/conversations/index.html

(36) Canadian Paediatric Society. Your Child's Best Shot: A parent's guide to vaccination. 4th ed. Moore DL, editor. 2015 https://bookstore.cps.ca/stock/details/your-childs-best-shot-a-parents-guide-to-vaccination-4th-edition

(37) Jackson C, Cheater FM, Harrison W, Peacock R, Bekker H, West R, Leese B. Randomised cluster trial to support informed parental decision-making for the MMR vaccine. BMC Public Health. 2011 Jun 16;11:475.

(38) Nicholson MS, Leask J. Lessons from an online debate about measles-mumps-rubella (MMR) immunization. Vaccine. 2012 May 28;30(25):3806–12.

(39) Centers for Disease Control and Prevention. Clinical Immunization Safety Assessment (CISA) Network Publications and Technical Reports. Technical Reports. Review of a published report of cerebral vasculitis after vaccination with the Human Papillomavirus (HPV) Vaccine. 2012 Nov 9. http://www.cdc.gov/vaccinesafety/Activities/cisa/technical_report.html

(40) Within Reach. What can parents do to support immunization? Seattle, WA; 2015 Feb 13. http://www.withinreachwa.org/what-can-parents-do-to-support-immunization/

(41) I Boost Immunity, BC. Sponsored by the Public Health Association of BC.

http://www.iboostimmunity.ca/

(42) Andre FE, Booy R, Bock HL, Clemens J, Datta SK, John TJ, Lee BW, Lolekha S, Peltola H, Ruff TA, Santosham M, Schmitt HJ. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. Bull World Health Organ. 2008 Feb;86(2):140–6.

Résumé de la mise à jour du Comité consultatif national de l'immunisation visant le calendrier d'immunisation recommandé pour le vaccin contre le virus du papillome humain

Ismail S[1], Deeks S[2, 3], au nom du Comité consultatif national de l'immunisation*

[1] Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)
[2] Président du groupe de travail sur le VPH du CCNI, Toronto (Ontario)
[3] L'immunisation et les maladies évitables par la vaccination, Santé publique de l'Ontario, Toronto (Ontario)

*Correspondance : naci-ccni@phac-aspc.gc.ca

Résumé

Contexte : L'infection au virus du papillome humain (VPH) est l'infection transmise sexuellement la plus courante. On estime que 75 % des Canadiens non vaccinés et sexuellement actifs contracteront une infection au VPH à un moment ou l'autre de leur vie par suite d'une relation sexuelle. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) du Canada recommande un calendrier d'immunisation à trois doses du vaccin contre le VPH pour les femmes de 9 ans et plus, et pour les hommes entre 9 et 26 ans, depuis 2007 et 2012 respectivement.

Objectif : Décrire les données probantes relatives à un calendrier de vaccination à deux doses du vaccin contre le VPH et faire des recommandations sur le calendrier d'immunisation optimal contre le VPH au Canada.

Méthodologie : Le CCNI a examiné les preuves utilisées par le Groupe consultatif stratégique d'experts (GCSE) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la vaccination pour établir le calendrier d'immunisation contre le VPH à deux doses recommandé pour les filles immunocompétentes de 9 à 14 ans, et a effectué une revue de la littérature supplémentaire visant des études non incluses dans l'examen du GCSE ou publiées après celui-ci. Une synthèse des connaissances a été réalisée, puis le CCNI a approuvé des recommandations spécifiques et explicité la justification et les considérations pertinentes.

Résultats : Selon les preuves disponibles à ce jour, on s'attend à ce qu'un calendrier d'immunisation contre le VPH à deux doses pour les jeunes immunocompétents âgés de 9 à 14 ans procure une efficacité protectrice semblable à celle d'un calendrier à trois doses chez les individus immunocompétents de 9 à 26 ans. Même si toutes les études examinées ne portaient que sur des femmes, il n'y a aucune raison de croire que les données seraient différentes chez les hommes, étant donné que les données des essais à trois doses font état de réactions immunitaires semblables. L'administration de deux doses du vaccin contre le VPH au lieu de trois pourrait accroître l'acceptabilité autant auprès des étudiants que des parents et des professionnels de la santé et pourrait permettre d'améliorer la couverture vaccinale et l'efficacité du vaccin contre le VPH administré par les agences de santé publique. On ignore toujours la durée de protection du vaccin contre le VPH à deux ou trois doses; on favorise donc les recherches cherchant à déterminer s'il y a nécessité d'introduire une dose de rappel.

Conclusion : Selon les preuves disponibles à ce jour, un calendrier d'immunisation du vaccin contre le VPH à deux doses (administrées à intervalle d'au moins six mois) pour les jeunes immunocompétents de 9 à 14 ans pourrait être envisagé par les individus et les autorités compétentes pour permettre des économies potentielles et d'autres avantages programmatiques. Un calendrier à trois doses devrait être utilisé chez les individus de 15 ans et plus, ainsi que chez les sujets immunodéprimés et les immunocompétents infectés au VIH. La nouvelle série complète de recommandations actuelles pour les vaccins contre le VPH sera publiée dans la mise à jour du chapitre sur le VPH dans le *Guide canadien d'immunisation* dans un avenir rapproché.

Recommandations actualisées du CCNI sur le vaccin VPH (1)

Recommandation 1

Femmes en bonne santé (9 à 14 ans) —Recommandation du CCNI de catégorie A

Un calendrier à deux ou trois doses pour le vaccin VPH (Gardasil® ou Cervarix®) est recommandé pour les femmes immunocompétentes non infectées au VIH de 9 à 14 ans. Pour un calendrier à deux doses, on recommande au moins six mois d'intervalle entre la première et la seconde dose. Si l'intervalle entre les doses est plus court que cinq mois, une troisième dose devrait être administrée au moins six mois après la première.

Recommandation 2

Femmes en bonne santé (15 ans et plus)—Recommandation du CCNI de catégorie A

Un calendrier à trois doses pour le vaccin VPH (0, 2 et 6 mois pour le Gardasil® et 0, 1 et 6 mois pour le Cervarix®) est recommandé pour les femmes de 15 ans et plus, à moins que la première dose du vaccin VPH ait été administrée avant l'âge de 15 ans. Si la première dose a été administrée entre 9 et 14 ans, un calendrier à deux doses suffit pour les femmes de 15 ans et plus, pourvu que la seconde dose soit administrée au moins six mois après la première.

Recommandation 3

Hommes en bonne santé (9 à 14 ans) —Recommandation du CCNI de catégorie B

Un calendrier à deux ou trois doses pour le vaccin VPH4 (Gardasil®) est recommandé pour les hommes immunocompétents non infectés au VIH de 9 à 14 ans. Pour un calendrier à deux doses, on recommande au moins six mois d'intervalle entre la première et la seconde dose. Si l'intervalle entre les doses est plus court que cinq mois, une troisième dose devrait être administrée au moins six mois après la première.

Recommandation 4

Hommes en bonne santé (15 ans et plus)—Recommandation du CCNI de catégorie B

Un calendrier à trois doses du vaccin VPH4 (Gardasil®; 0, 2 et 6 mois) est recommandé pour les hommes de 15 ans et plus, à moins que la première dose du vaccin VPH ait été administrée avant l'âge de 15 ans. Si la première dose a été administrée entre 9 et 14 ans, un calendrier à deux doses suffira probablement pour les hommes de 15 ans et plus, pourvu que la seconde dose soit administrée au moins six mois après la première.

Recommandation 5

Personnes immunodéprimées[1] et personnes immunocompétentes infectées au VIH—Recommandation du CCNI de catégorie I[2]

Un calendrier à trois doses du vaccin VPH (Gardasil® pour hommes et femmes—0, 2, 6 mois; ou Cervarix® pour femmes—0, 1, 6 mois) est recommandé pour les personnes immunodéprimées et celles qui sont immunocompétentes et infectées au VIH. Les preuves sont insuffisantes pour recommander un calendrier à deux doses auprès de ces populations; par conséquent, on recommande toujours un calendrier à trois doses pour les personnes immunodéprimées et celles qui sont immunocompétentes et infectées au VIH. Des études approfondies s'imposent dans ce domaine.

[1] Pour des détails sur les populations qu'on considère « immunodéficientes », veuillez-vous reporter au chapitre « Immunisation des personnes immunodéprimées » dans le *Guide canadien d'immunisation* (2).

[2] Recommandation de catégorie I = preuves insuffisantes

Références

(1) National Advisory Committee on Immunization (NACI). Update on the recommended Human Papillomavirus (HPV) vaccine immunization schedule: An Advisory Committee Statement (ACS). 2015 fév. http://publications.gc.ca/site/eng/477048/publication.html (disponible en français : http://publications.gc.ca/site/fra/477049/publication.html).

(2) National Advisory Committee on Immunization (NACI). Canadian Immunization Guide. 2015. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-hpv-vph-eng.php (disponible en français: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-hpv-vph-fra.php).

Résumé de la déclaration du Comité consultatif national de l'immunisation sur la revaccination au moyen du vaccin antipneumococcique polysaccharidique 23-valents

Quach C[1, 2], au nom du Comité consultatif national de l'immunisation*

[1]Coprésidente du CCNI et présidente du groupe de travail sur le pneumocoque, Montréal (Québec)
[2]Centre d'étude sur les vaccins, Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec)

*Correspondance : naci-ccni@phac-aspc.gc.ca

Résumé

Contexte : On recommande que les personnes de 2 ans et plus à haut risque de contracter des infections pneumococciques (définies comme celles souffrant d'asplénie fonctionnelle ou anatomique ou d'anémie falciforme; de cirrhose hépatique; d'une néphropathie chronique ou du syndrome néphrotique; d'une infection au VIH ou d'une immunodéficience liée à une maladie ou une thérapie) reçoivent une dose de rappel unique du vaccin antipneumococcique polysaccharidique 23-valents (Pneu-P-23); on fait également des recommandations sur l'administration du vaccin conjugué antipneumococcique 13-valents (Pneu-C-13) selon l'âge et le risque. Les adultes âgés de 65 ans et plus sont également considérés comme étant à haut risque pour les infections pneumococciques.

Objectif : Déterminer le délai optimal entre la vaccination initiale au Pneu-P-23 et les doses de rappel subséquentes pour protéger contre les infections pneumococciques chez les personnes à haut risque de les contracter.

Méthodologie : Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a réalisé une revue systématique de la littérature portant sur les doses de rappel du vaccin antipneumococcique chez les personnes à haut risque de contracter des infections pneumococciques. Le CCNI a examiné les preuves en considérant la population cible, l'innocuité, l'immunogénicité, l'efficacité potentielle et l'efficacité réelle des vaccins, les calendriers vaccinaux et d'autres aspects de la stratégie générale d'immunisation, puis a approuvé trois recommandations spécifiques.

Résultats : Pour toutes les personnes âgées de 2 ans et plus à haut risque de contracter des infections pneumococciques qui ont reçu une dose de Pneu-P-23, la revaccination avec une seconde dose de Pneu-P-23 devrait être offerte cinq ans après la dose initiale. On devrait également leur avoir administré antérieurement le vaccin conjugué antipneumococcique 13-valents à des doses adaptées à l'âge. Les preuves sont actuellement insuffisantes pour déterminer de façon optimale le calendrier et le nombre de doses de rappel de Pneu-P-23 chez les adultes à haut risque. On recommande actuellement une dose de rappel unique de Pneu-P-23 chez les personnes à haut risque de contracter des infections pneumococciques, cinq ans après la dose précédente. Étant donné le risque accru de contracter des infections pneumococciques chez les adultes de 65 ans et plus et le déclin rapide d'anticorps suite à l'administration du Pneu-P-23, tout le monde devrait recevoir une dose de Pneu-P-23 à l'âge de 65 ans, au moins cinq ans après la dose précédente de Pneu-P-23. Aucune dose de rappel additionnelle n'est actuellement recommandée pour ce groupe d'âge, si aucune condition médicale ne met la personne à haut risque de contracter des infections pneumococciques.

Conclusion : La nouvelle série complète de recommandations actuelles pour les vaccins antipneumococciques sera publiée dans la mise à jour du chapitre sur le pneumocoque dans le Guide canadien d'immunisation dans un avenir rapproché.

Introduction

On recommande que les personnes de 2 ans et plus à haut risque de contracter des infections pneumococciques (définies comme celles souffrant d'asplénie fonctionnelle ou anatomique ou d'anémie falciforme; de cirrhose hépatique; d'une néphropathie chronique ou d'un syndrome néphrotique; d'une infection au VIH ou d'une immunodéficience liée à une maladie ou une thérapie) reçoivent une dose de rappel unique du vaccin antipneumococcique polysaccharidique 23-valents (Pneu-P-23); on fait également des recommandations sur l'administration du vaccin conjugué antipneumococcique 13-valents (Pneu-C-13) selon l'âge et le risque. Les adultes de 65 ans et plus sont également considérés comme étant à haut risque de contracter des infections pneumococciques, sans égard à leur condition médicale.

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) donne des conseils médicaux, scientifiques et de santé publique sur l'immunisation à l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) de façon continue et opportune. Le CCNI a entrepris un examen systématique pour déterminer le délai optimal entre la vaccination initiale au Pneu-P-23 et les doses de rappel subséquentes chez les personnes à haut risque de contracter des infections pneumococciques.

Méthodologie

Le CCNI a réalisé une revue systématique des preuves en considérant la population cible, l'innocuité, l'immunogénicité, l'efficacité potentielle et l'efficacité réelle des vaccins, les calendriers vaccinaux et d'autres aspects de la stratégie générale d'immunisation, puis a élaboré et approuvé trois recommandations spécifiques.

Résultats

Dix études ont été recensées au total pour les données sur l'immunogénicité. L'innocuité de la revaccination au Pneu-P-23 a été évaluée dans huit de ces études. Dans toutes les études recensées, la revaccination de ceux à haut risque de contracter des infections pneumococciques cinq ans après une vaccination initiale au Pneu-P-23 a démontré une réponse immunitaire accrue et un profil d'innocuité acceptable. Les personnes ayant reçu une ou deux doses de Pneu-P-23 avant l'âge de 65 ans ont démontré une bonne réaction immunitaire à une dose de rappel de Pneu-P-23, lorsque celle-ci avait été administrée à 65 ans ou plus. Il y a peu de données probantes qui laissent croire qu'une hyporéactivité survient après une dose de rappel additionnelle de Pneu-P-23. Un rapport complet de la revue systématique est disponible (1).

Les recommandations suivantes ont été élaborées et approuvées par le CCNI.

Recommandations actualisées du CCNI sur le vaccin Pneu-P-23 (2)

Recommandation 1

Pour toutes les personnes âgées de 2 ans et plus à haut risque de contracter des infections pneumococciques (asplénie fonctionnelle ou anatomique ou anémie falciforme; cirrhose hépatique; néphropathie chronique ou syndrome néphrotique; infection au VIH ou immunodéficience liée à une maladie ou une thérapie) qui ont reçu une dose de Pneu-P-23, la revaccination avec une seconde dose de Pneu-P-23 devrait être offerte cinq ans après la dose initiale. Ceci représente un changement par rapport à la recommandation antérieure selon laquelle les enfants qui recevaient leur première dose de Pneu-P-23 à l'âge de 10 ans ou moins devraient recevoir la seconde dose trois ans plus tard. Cette modification se fonde sur l'absence de preuves à l'appui du calendrier sur trois ans de la dose de rappel chez les enfants et sur l'utilisation universelle de Pneu-C-13 chez les enfants qui a contribué à une diminution marquée de l'incidence des infections pneumococciques. La revaccination unique cinq ans après la vaccination initiale permet d'harmoniser les calendriers pédiatriques et adultes pour ceux présentant un risque élevé de contracter des infections pneumococciques. Les personnes à haut risque auraient dû également recevoir des doses adaptées à leur âge du vaccin conjugué antipneumococcique 13-valents; le vaccin conjugué antipneumococcique 13-valents devrait être administré en premier, suivi du Pneu-P-23 huit semaines plus tard.

Recommandation 2

Les preuves sont actuellement insuffisantes pour déterminer de façon optimale le calendrier et le nombre de doses de rappel de Pneu-P-23 chez les adultes à haut risque (c.-à-d., ceux souffrant d'asplénie fonctionnelle ou anatomique ou d'anémie falciforme; de cirrhose hépatique; d'une néphropathie chronique ou d'un syndrome néphrotique; d'une infection au VIH ou d'une immunodéficience liée à une maladie ou une thérapie). On recommande actuellement une dose de rappel unique de Pneu-P-23 chez les personnes à haut risque de contracter des infections pneumococciques, cinq ans après la dose précédente.

Recommandation 3

Étant donné le risque accru de contracter des infections pneumococciques chez les adultes de 65 ans et plus et le déclin rapide d'anticorps à la suite de l'administration du Pneu-P-23, tout le monde devrait recevoir une dose de Pneu-P-23 à l'âge de 65 ans, pourvu que la dose précédente remonte à au moins cinq ans. Les études recensées pour appuyer cette déclaration actualisée ont toutes administré une dose de Pneu-P-23 aux personnes de 65 ans et plus, sans égard à leur histoire de vaccination antérieure. Aucune dose de rappel additionnelle n'est actuellement recommandée pour les plus de 65 ans qui n'ont pas une autre condition médicale sous-jacente qui les mettrait à haut risque de contracter des infections pneumococciques.

Conclusion

La nouvelle série complète de recommandations actuelles sur les vaccins antipneumococciques sera publiée dans la mise à jour du chapitre sur le pneumocoque du *Guide canadien d'immunisation* dans un avenir rapproché (3). Les priorités en matière de surveillance et de recherche sont comme suit : une surveillance accrue qui inclut les personnes à haut risque et qui permettrait d'obtenir l'incidence des infections pneumococciques stratifiée par facteurs de risque et sérotypes chez les 65 ans et plus; des études d'efficacité et de couverture vaccinale du Pneu-P-23 chez les patients à haut risque et les plus de 65 ans; et des études épidémiologiques de maladies non invasives, telles que la pneumonie acquise en communauté dans tous les groupes d'âge ou l'otite moyenne aiguë causée par *S. pneumoniae* chez les enfants. Pour étayer les recommandations sur les doses additionnelles (p. ex. plus d'une dose de rappel), d'autres études sont nécessaires pour comprendre comment le système immunitaire réagit à des doses additionnelles de Pneu-P-23.

Remerciements

L'auteure voudrait remercier les membres extrêmement dévoués du CCNI et du groupe de travail du CCNI sur le pneumocoque.

Conflit d'intérêts

Aucun

Références

(1) Caya CA, Boikos C, Desai S, Quach C. Dosing regimen of the 23-valent pneumococcal vaccination: A systematic review. Vaccine. 2015 Mar 10;33(11):1302–12. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.01.060. Epub 2015 Feb 3.

(2) National Advisory Committee on Immunization (NACI). Re-Immunization with Polysaccharide 23-Valent Pneumococcal Vaccine (Pneu-P-23): An Advisory Committee Statement (ACS).

(3) National Advisory Committee on Immunization (NACI). Canadian Immunization Guide. 2015. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-hpv-vph-eng.php (disponible en français: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-hpv-vph-fra.php).

Résumé de la mise à jour du Comité consultatif national de l'immunisation au sujet des vaccins quadrivalents contre le méningocoque disponibles au Canada

Henry B[1, 2], au nom du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)*

[1] Présidente du groupe de travail sur le méningocoque du CCNI
[2] Vice-agente de la santé provinciale, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Victoria, Colombie-Britannique

*Correspondance : naci-ccni@phac-aspc.gc.ca

Résumé

Contexte : Le taux de mortalité global lié à la méningococcie invasive (MI) s'élève à environ 10 %. Jusqu'à 35 % des survivants peuvent conserver des séquelles à long terme de cette maladie. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommande l'immunisation au moyen d'un vaccin conjugué quadrivalent contre le méningocoque pour les personnes présentant un risque accru de MI en raison de problèmes médicaux sous-jacents ou connaissant un risque élevé d'exposition à une souche de *N. meningitidis*. L'utilisation d'un vaccin conjugué, monovalent ou quadrivalent, est recommandée pour une dose de rappel systématique administrée aux adolescents âgés d'environ 12 ans.

Objectif : Examiner et mettre à jour les données probantes sur l'utilisation des vaccins conjugués quadrivalents (sérogroupes A, C, Y et W-135) contre le méningocoque et les calendriers de vaccination utilisés au Canada à la suite de l'approbation d'un nouveau vaccin quadrivalent conjugué à l'anatoxine tétanique (Men-C-ACYW-TT, Nimenrix[MC]).

Méthodologie : Le CCNI a examiné la synthèse de connaissances effectuée par le groupe de travail sur le méningocoque, ce qui comprend les renseignements concernant le fardeau de la maladie pour la méningococcie invasive (MI); l'innocuité, l'immunogénicité, l'efficacité potentielle et réelle du nouveau vaccin; les calendriers de vaccination actuellement utilisés et d'autres aspects de la stratégie globale d'immunisation. Après un examen approfondi des données probantes, le CCNI a procédé à un vote sur des recommandations précises.

Résultats : Au total, 21 études ont été examinées sous l'angle de l'immunogénicité et 12 études l'ont été sous l'angle des données sur l'innocuité du vaccin Men-C-ACYW-TT. Des renseignements provenant de deux études supplémentaires évaluant l'immunogénicité et l'innocuité d'un vaccin quadrivalent conjugué à l'anatoxine diphtérique (Men-C-ACYW-DT, Menactra[MD]) chez les enfants âgés de 9 et de 12 mois ont également été examinés. Les deux vaccins ont démontré dans l'ensemble des études examinées une bonne réponse immunitaire et un profil d'innocuité acceptable en comparaison des vaccins conjugués monovalents contre le méningocoque (Men-C-C). Pour les enfants de moins de 2 ans, le CCNI continue de recommander l'utilisation du vaccin Men-C-ACYW-CRM (Menveo[MC]).

Conclusion : Le nouvel ensemble exhaustif des recommandations actuelles relatives aux vaccins conjugués contre le méningocoque sera publié dans le chapitre « Méningocoque » prochainement mis à jour dans le *Guide canadien de l'immunisation*. Les priorités en matière de surveillance et de recherche sont les suivantes : déterminer la couverture et les répercussions de la vaccination (y compris le portage et l'immunité collective) au sujet de la méningococcie invasive au Canada; déterminer la durée de protection ou de l'immunité afin de permettre l'évaluation des recommandations pour des doses de rappel des vaccins conjugués quadrivalents; réaliser des études comparatives des trois vaccins conjugués quadrivalents disponibles au sein de la population générale et des groupes à risque élevé; déterminer l'immunogénicité et l'innocuité de l'administration concomitante de vaccins quadrivalents et de vaccins administrés systématiquement selon l'âge, ce qui comprend le vaccin récemment autorisé contre le méningocoque de sérogroupe B.

Recommandations mises à jour du CCNI concernant le vaccin conjugué quadrivalent contre le méningocoque (1)

Recommandation 1

N'importe lequel des vaccins conjugués quadrivalents ou monovalents contre le méningocoque du groupe C homologués au Canada peut être utilisé pour l'immunisation systématique des adolescents. Le choix entre les vaccins conjugués quadrivalents ou monovalents dépend de l'épidémiologie locale et d'autres considérations relatives aux programmes. (Recommandation du CCNI de catégorie B)

Recommandation 2

N'importe lequel des vaccins conjugués quadrivalents contre le méningocoque homologués au Canada peut être utilisé pour l'immunisation des personnes à risque élevé âgées de 2 ans ou plus. (Recommandation du CCNI de catégorie B)

Recommandation 3

Le produit recommandé pour l'immunisation des personnes à risque élevé dont l'âge est compris entre 8 semaines et moins de 2 ans est le vaccin Men-C-ACYW-135 (Menveo^{MC}). Les calendriers de vaccination sont présentés au tableau 3 du chapitre « Méningocoque »
du *Guide canadien d'immunisation* (2). (Recommandation du CCNI de catégorie B)

Recommandation nº 4

N'importe lequel des vaccins conjugués quadrivalents contre le méningocoque peut être utilisé pour l'immunisation des personnes âgées de 2 ans et plus qui voyagent dans des régions où un vaccin contre le méningocoque est recommandé. (Recommandation du CCNI de catégorie B)

Conflit d'intérêts

Aucun

Références

(1) National Advisory Committee on Immunization (NACI). Update on Quadrivalent Meningococcal Vaccines available in Canada: An Advisory Committee Statement (ACS). 2015 Feb.

(2) National Advisory Committee on Immunization (NACI). Canadian Immunization Guide. 2015. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-meni-eng.php (disponible en français: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-meni-fra.php).

Mises à jour apportées au *Guide canadien d'immunisation*: De mars 2014 à mars 2015

Gemmill I[1, 2] et Quach C[3, 4], au nom du Comité consultatif national de l'immunisation*

[1] Président du Comité consultatif national de l'immunisation
[2] Bureau de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington, Kingston (Ontario)
[3] Coprésidente du CCNI et du groupe de travail sur les pneumococcies, Montréal (Québec)
[4] Centre d'études sur les vaccins, Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec)

* Correspondance : naci-ccni@phac-aspc.gc.ca

Résumé

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) élabore des recommandations sur l'utilisation des vaccins pour les Canadiens, qui sont résumées dans le *Guide canadien d'immunisation* (ci-après « le Guide »), lequel est régulièrement mis à jour. Des recommandations concernant cinq vaccins ont été émises entre mars 2014 et février 2015. Les mises à jour du Guide comprennent des recommandations formulées au sujet de l'administration d'un autre dosage du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) chez les adolescents, du moment exact choisi pour l'administration de l'immunoglobuline antivaricelleuse (VarIg) suivant une exposition à la varicelle, et des vaccins contre le méningocoque et vaccins quadrivalents antigrippaux dont l'utilisation a récemment été autorisée au Canada. Un changement a également été apporté aux recommandations concernant l'utilisation des vaccins contre le pneumocoque chez les adultes et les personnes atteintes d'asthme. Le chapitre portant sur le vaccin contre l'encéphalite transmise par les tiques a été retiré du Guide, car ce vaccin n'est plus offert au Canada.

Introduction

Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) émet des recommandations concernant l'utilisation des vaccins pour les Canadiens. Il constitue l'organisme scientifique consultatif de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) sur l'immunisation (1). Ces recommandations, ainsi que d'autres renseignements sur l'immunisation, sont publiées dans le *Guide canadien d'immunisation* (ci-après « le Guide ») (2).

Depuis sa première édition en 1979, le Guide constitue un résumé fiable et facile à lire utilisé par les professionnels de la santé pour donner des conseils à leurs patients, et par les responsables des politiques pour exécuter les programmes d'immunisation. Le document comporte cinq parties, qui traitent des renseignements clés sur l'immunisation, de l'innocuité des vaccins, des populations particulières, des vaccins actifs et des agents d'immunisation passive. Depuis l'édition de 2006, le Guide a subi d'importantes révisions. Il est depuis 2012 publié en ligne dans un format électronique évolutif (2). L'objectif de cet article consiste à mettre en évidence les mises à jour apportées au Guide entre le 1er mars 2014 et le 31 mars 2015.

Approche

Durant l'élaboration de ses déclarations, le CCNI effectue des synthèses approfondies de connaissances et des analyses englobant des examens scientifiques, des pratiques en évolution et des recommandations à l'échelle nationale et internationale. Le CCNI transmet ses recommandations sous forme résumée dans les chapitres correspondants du Guide. Des recommandations détaillées concernant l'immunisation et l'utilisation des vaccins offerts au Canada se trouvent dans les déclarations et les mises à jour des déclarations du CCNI, qui sont disponibles sur le site Web de l'ASPC (1).

Résumé des mises à jour

Le **Tableau 1** offre un résumé des récents changements et ajouts apportés au Guide.

Tableau 1 : Faits saillants des principaux changements apportés aux recommandations concernant les vaccins actifs dans le *Guide canadien d'immunisation* de mars 2014 à mars 2015

Virus du papillome humain	Le CCNI recommande désormais pour les adolescents de 9 à 14 ans immunocompétents et non infectés par le VIH un calendrier de deux doses (vaccin VPH2 ou VPH4 à 0 mois ou entre 6 et 12 mois) ou de trois doses (vaccin VPH2 à 0, 1 et 6 mois ou vaccin VPH4 à 0, 2 et 6 mois).
	On recommande l'administration de trois doses de vaccin contre le VPH (vaccin VPH4 pour les garçons et les filles à 0, 2 et 6 mois ou vaccin VPH2 pour les filles à 0, 1 et 6 mois) pour les personnes immunodéprimées et immunocompétentes infectées par le VIH.
Grippe	Deux vaccins antigrippaux inactivés quadrivalents (VAQ) ont été autorisés au Canada (Flulaval[MC] Tetra et Fluzone[MD] Quadrivalent).
	Les personnes allergiques aux œufs peuvent se faire vacciner contre la grippe dans tout lieu où se déroule habituellement la vaccination et y recevoir une dose complète du vaccin trivalent inactivé (VTI) ou du vaccin VAQ sans subir au préalable de test cutané.
	Le CCNI recommande l'utilisation préférentielle, lorsque cela est possible, du vaccin antigrippal vivant atténué (VVAI) pour les enfants de moins de 6 ans. Le CCNI se fonde sur des preuves de l'efficacité supérieure du VVAI par rapport à celle du VIT pour ces enfants, ce qui n'a pas été démontré aussi clairement chez les enfants plus âgés. Bien que l'on s'attende à ce que l'efficacité supérieure du VVAI par rapport à celle du VTI se prolonge après l'âge de 6 ans, il n'y a présentement pas de données indiquent à quel âge précis l'efficacité des deux vaccins devient équivalente. Si le VVAI n'est pas disponible pour les personnes pour lesquelles il est recommandé, le VTI devrait être utilisé.
Méningocoque	Deux nouveaux vaccins inactivés contre le méningocoque ont été homologués au Canada : le vaccin multicomposant contre le méningocoque du sérogroupe B (4CMenB, Bexsero[MC]) et le vaccin conjugué contre le méningocoque, sérogroupes A, C, Y et W-135 (Nimenrix[MC]).
	Le CCNI recommande l'administration du vaccin 4CMenB pour les personnes de 2 mois et plus qui possèdent les caractéristiques suivantes : • elles présentent un risque élevé de contracter une méningococcie invasive (MI) attribuable au *Neisseria meningitidis* du sérogroupe B; • elles se sont trouvées en contact étroit avec un cas de méningococcie invasive attribuable au *Neisseria meningitidis* du sérogroupe B; • elles se révèlent à risque pendant les éclosions de méningococcie invasive attribuable au *Neisseria meningitidis* du sérogroupe B.
	N'importe lequel des vaccins conjugués quadrivalents (A, C, Y et W-135) peut être utilisé pour les personnes à risque élevé âgées de 2 ans et plus ou pour les voyageurs âgés de 2 ans et plus qui se rendent dans des régions où le vaccin contre le méningocoque est recommandé.
Pneumocoque	Le CCNI recommande la vaccination au moyen du vaccin contre le pneumocoque indiqué selon l'âge aux personnes ayant eu recours à des soins médicaux pour l'asthme au cours des 12 mois précédents.
	Les personnes présentant des problèmes médicaux sous-jacents qui leur font courir un risque élevé de pneumococcie invasive devraient recevoir une dose de rappel unique du vaccin Pneu-P-23 5 ans après la première dose, quel que soit leur âge à la première dose.

	Une dose de vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque (Pneu-P-23) est recommandée pour tous les adultes de 65 ans et plus dès lors que 5 années se sont écoulées depuis la dernière dose de Pneu-P-23, et pour les adultes immunocompétents de moins de 65 ans qui vivent dans un établissement de soins de longue durée ou dont l'état de santé ou la situation a pour effet d'augmenter leur risque de contracter une pneumococcie.
	Toutes les personnes qui ont déjà reçu le vaccin Pneu-P-23 et qui ont besoin d'être vaccinées à nouveau avec le vaccin conjugué contre le pneumocoque (Pneu-C-13) devraient recevoir le vaccin Pneu-C-13 au plus tôt cinq ans après la dernière dose de Pneu-P-23.
	Le vaccin Pneu-C-13 devrait être administré aux adultes atteints d'affections liées à l'immunodépression, suivi du vaccin Pneu-P-23 au moins huit semaines plus tard — s'il n'a pas déjà été administré.
Encéphalite transmise par les tiques	Le vaccin contre l'encéphalite transmise par les tiques n'est plus offert au Canada.
Varicelle	Afin d'assurer le maximum de protection, l'immunoglobuline antivaricelleuse devrait être administrée dès que possible suivant l'exposition, idéalement dans les 96 heures suivant la première exposition, mais elle peut être administrée jusqu'à 10 jours après la dernière exposition.

Conclusion

Depuis 2012, le Guide a été continuellement mis à jour afin d'y intégrer les nouvelles données scientifiques et les nouvelles pratiques tel que le reflètent les déclarations et les mises à jour des déclarations du CCNI les plus récentes. Le CCNI et l'Agence de la santé publique du Canada s'engagent à fournir des renseignements concernant l'immunisation et les vaccins offerts au Canada dans un format facilement accessible et lisible grâce à des mises à jour opportunes et suivies du Guide.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les membres extrêmement dévoués du Comité consultatif national de l'immunisation et le personnel de l'Agence de la santé publique du Canada qui soutiennent le processus de mise à jour du *Guide canadien d'immunisation*.

Conflit d'intérêts

Aucun

Références

(1) National Advisory Committee on Immunization. NACI Statements, Recommandations and Updates. 2015. http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni (disponible en français: http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/index-fra.php).

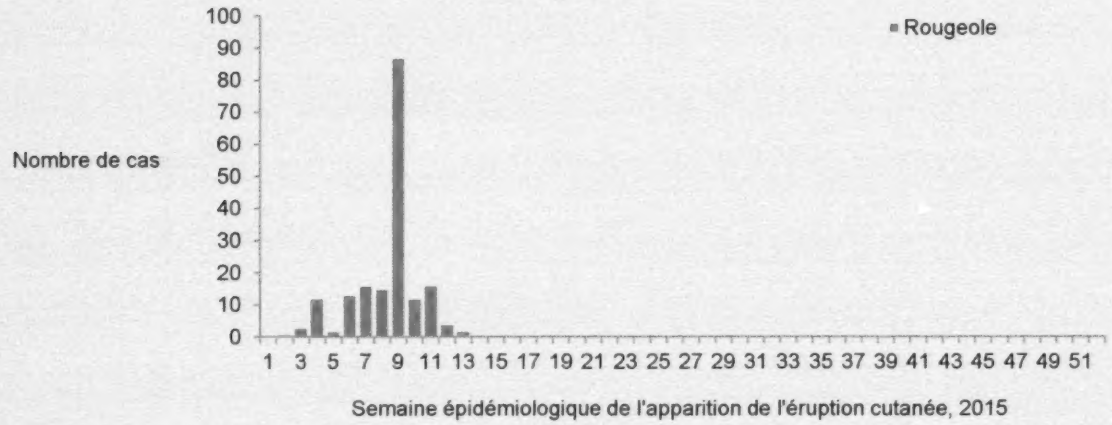
(2) National Advisory Committee on Immunization. Canadian Immunization Guide. 2015. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/ (disponible en français: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php).

Actualités sur les maladies infectieuses : La récente éclosion de rougeole

Agence de la santé publique du Canada. **Rapport hebdomadaire de surveillance de la rougeole et de la rubéole. Semaine 13 de 2015 : du 29 mars au 4 avril 2015.**
http://www.phac-aspc.gc.ca/mrwr-rhrr/2015/w08/index-fra.php

- Au Canada, trois nouveaux cas de rougeole ont été signalés par la Colombie-Britannique au cours de la semaine 13.
- Deux provinces (le Québec et la Colombie-Britannique) ont signalé une activité récente de la rougeole. Ces événements ne sont pas liés, car les génotypes sont différents et ils proviennent d'importations distinctes (B3 des États-Unis et H1 de la Chine, respectivement).
- Au total, 183 cas de rougeole ont été signalés au Canada en 2015.

Figure 1 : Nombre de cas de rougeole (n = 183) par semaine d'apparition de l'éruption cutanée, conformément aux déclarations transmises au Système canadien de surveillance de la rougeole et de la rubéole (SCSRR) et au système de surveillance de la rougeole et de la rubéole (MARS), pour la période se terminant le 4 avril 2015.



Zipprich J, Winter K, Hacker J, Xia D, Watt J, Harriman K. **Measles outbreak—California, December 2014–February 2015.** Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). 2015 Feb 20;64(06):153-4 (pasdisponible en français).
http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6406a5.htm?s_cid=mm6406a5_w

Le 5 janvier 2015, le California Department of Public Health a été informé d'un cas suspect de rougeole. En date du 11 février, un total de 125 cas de rougeole avec une éruption cutanée s'étant produite au cours de la période du 28 décembre 2014 au 8 février 2015 avaient été confirmés parmi les résidents des États-Unis concernés par cette éclosion. Parmi les 125 cas, 110 patients résidaient en Californie. Trente-neuf (35 %) des patients de Californie se sont rendus dans l'un ou dans les deux parcs thématiques de Disney durant la période du 17 au 20 décembre, où ils semblent avoir été exposés au virus de la rougeole. Parmi les 110 patients de Californie, 49 (45%) n'étaient pas vaccinés, cinq (5%) avaient reçu une dose du vaccin contenant le virus de la

rougeole, sept (7) avait reçu deux doses, un (1%) avait reçu trois doses, et 47 (43%) avaient un statut vaccinal inconnu ou non documenté.
La présence annuelle au parc thématique Disney en Californie est estimée à 24 millions, incluant des visiteurs internationaux provenant de pays où la rougeole est endémique. Cette épidémie démontre l'importance d'assurer une couverture maximale contre la rougeole aux États-Unis.

Invitation à participer au sondage du CCNI

Nous faisons appel à votre participation à un important sondage lancé par l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) dans le but d'évaluer les opinions et les suggestions d'intervenants clés en matière d'immunisation sur les ressources élaborées par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI).

Il est très important que les conseils et les produits d'information du CCNI répondent aux besoins de ceux qui fournissent des vaccins, qui élaborent des recommandations en matière de politiques sur les vaccins ou qui travaillent autrement dans le domaine des vaccins ou de l'immunisation. **Les lecteurs du RMTC ont été identifiés en tant que partenaires du CCNI. Nous vous prions de bien vouloir nous fournir des commentaires qui permettront d'améliorer les produits du CCNI liés aux recommandations en matière d'immunisation par l'entremise d'un sondage qui prendra environ dix minutes**. Vos commentaires sont essentiels pour assurer la satisfaction de vos besoins comme intervenant. Veuillez profiter de cette occasion pour vous faire entendre : cliquez sur le lien ci-dessous afin de répondre au sondage avant le 12 mai 2015. Vos réponses seront entièrement confidentielles; aucune personne ne sera identifiée de quelque façon que ce soit. Pour toute question, veuillez envoyer un courriel à l'adresse naci-ccni@phac-aspc.gc.ca.

Vous pouvez accéder au sondage à partir du lien ci-après : http://surveys-sondages.hc-sc.gc.ca/s/NACI-CCNI/langfra/

Nous vous remercions de votre soutien!